

Rev. Latino-Am. Enfermagem
2018;26:e2997
DOI: 10.1590/1518-8345.1859.2997
www.eerp.usp.br/rlae



Artigo Original

Lacunas de conhecimentos e habilidades de mães portuguesas associados à saúde do recém-nascido

Alexandrina Maria Ramos Cardoso¹
Heimar de Fátima Marín²





Objetivos: Caracterizar o nível de conhecimentos e habilidades associadas à competência parental: promover e vigiar a saúde da criança, até aos seis meses de idade e, caracterizar o perfil das mães mais bem preparadas. **Método:** estudo transversal, realizado em três centros de saúde de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. Para a seleção de dados foi realizada entrevista clínica a mulheres grávidas ou cujo filho tivesse até seis meses. O instrumento foi constituído por 21 indicadores relacionados com a promoção e a vigilância da saúde da criança, nos momentos – gravidez, 1^a-2^a semana, 1^o-2^o, 3^o-4^o e 5^o-6^o mês. **Resultados:** foram avaliados os conhecimentos e as habilidades de 629 mulheres. Foram identificadas necessidades de aprendizagem em todos os indicadores avaliados. As mães bem preparadas tinham maior nível de escolaridade; coabitavam com o pai do filho; já tinham outros filhos; a gravidez foi planeada e tinham intenção de amamentar. **Conclusões:** nos momentos em que foram avaliadas, as mães demonstraram falta de conhecimentos e de habilidades. Pode ser considerado um grupo vulnerável, as mães: solteiras, primíparas, cuja gravidez não foi planeada e sem preparação prévia

Descritores: Poder Familiar; Relações Mãe-Filho; Saúde da Criança; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Bem-Estar do Lactente; Triagem Neonatal.

¹ PhD, Professor Associado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

² PhD, Professor Titular, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo

Cardoso AMR, Marín HF. Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2997. [Access   ]; Available in:  URL
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1859.2997>.

Introdução

A missão dos enfermeiros é facilitar as transições⁽¹⁾. Ter um filho representa, tanto para a mãe quanto para o pai, uma transição desenvolvimental, que exige a incorporação de novos conhecimentos e habilidades, de modo a desenvolver mestria nos cuidados ao filho.

A manutenção e a promoção da saúde da criança, nomeadamente o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, só são possíveis com a participação ativa de mães e de pais informados e motivados e que assumam, com responsabilidade, os cuidados ao filho.

A preparação para o exercício do papel parental tem início durante a gravidez, quando a preocupação em assegurar o potencial máximo de saúde do filho é já consciente. Assim, desde a gravidez, o desenvolvimento saudável da criança é influenciado pelo comportamento parental⁽²⁻⁵⁾. Após o nascimento, a criança é totalmente dependente das respostas parentais ao seu comportamento; logo, respostas inadequadas poderão condicionar a saúde da criança.

O desempenho do papel parental é essencial para assegurar a sobrevivência, a segurança e o bem-estar da criança⁽⁶⁾. Por isso, o desenvolvimento das competências parentais assume um papel importante na redução da morbilidade neonatal⁽⁷⁻⁸⁾.

As competências parentais são definidas como o conjunto de conhecimentos, de habilidades atitudes que facilitam e otimizam o desempenho do papel parental, com mestria, assegurando o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A mestria nas competências parentais altera o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio desempenho e o comportamento da criança. De fato, quanto maior o nível de conhecimentos e habilidades parentais, maior a probabilidade de criar um ambiente adequado a um desenvolvimento saudável e maior percepção e resposta às necessidades da criança⁽¹¹⁾.

Pelo contrário, quando as mães e os pais possuem défices em conhecimentos e em habilidades, podem subestimar as capacidades da criança, não a estimulando o suficiente para lhe garantir a concretização do seu potencial máximo de desenvolvimento. Acresce, ainda, que as expectativas irrealistas sobre o exercício do papel e sobre o desenvolvimento da criança aumentam o risco de abuso e de negligência nos cuidados^(8,11-12).

Considerando a ausência de estudos que permitam a organização de programas de preparação para a parentalidade, nomeadamente no âmbito da promoção e vigilância de saúde da criança até aos seis meses de idade, partiu-se para um estudo que visou responder às questões: Qual o nível de conhecimento das mães para

promover e vigiar a saúde do filho? Qual a relação entre o nível de conhecimento e as variáveis sociodemográficas?

Objetivou-se com o estudo caracterizar o nível de conhecimentos e de habilidades associados à competência parental: promover e vigiar a saúde da criança, até aos seis meses de idade e caracterizar o perfil das mães mais bem preparadas para o exercício do papel maternal.

Método

Foi desenvolvido um estudo transversal e correlacional. Os dados foram recolhidos em três centros de saúde da região Norte de Portugal, após prévia autorização da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde que integravam os centros de saúde.

Participaram do estudo 629 mães. Para a definição de uma amostra não probabilística de conveniência, foram definidos como critérios de inclusão: (1) ser mãe – grávida ou com filho até seis meses de idade; e (2) ser fluente no Português. As mães eram inicialmente abordadas pelas enfermeiras dos centros de saúde e após aceitação inicial para participar no estudo, os objetivos específicos eram apresentados e clarificado o processo de participação. O carácter voluntário da participação e a decisão de desistir em qualquer momento foram salvaguardados. Todas as mães que foram abordadas aceitaram participar.

Os dados foram recolhidos por meio de entrevista clínica realizada pela investigadora. O roteiro da entrevista incluiu os indicadores associados à competência parental: promover e vigiar a saúde da criança identificados no Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (IACP)⁽⁹⁾. Este instrumento, concebido para sistematizar a avaliação das competências parentais desde a gravidez e até aos seis meses de idade da criança, inclui um total de 193 indicadores associados a 17 competências. O seu desenvolvimento foi baseado na análise de conteúdo de entrevistas realizadas a 52 mães, desde a gravidez ao 6.º mês de idade do filho e a revisão da literatura. O propósito do desenvolvimento do IACP foi desenvolver um instrumento que permitisse a avaliação clínica das necessidades de aprendizagem das mães de modo a adequar as intervenções de enfermagem. Assim, um dos princípios subjacentes à utilização deste instrumento na prática clínica é o de orientar o processo diagnóstico, de modo a oferecer cuidados antecipatórios em função das necessidades de aprendizagem individuais. No desenvolvimento do IACP foi possível identificar 21 indicadores que orientavam a avaliação das necessidades em conhecimentos e em habilidades, relacionados com o *promover e vigiar a saúde da criança*, considerados relevantes para a tomada de decisão/ação nos diferentes

momentos – 18 relativos ao conhecimento e 3 às habilidades (Figura 1).

O julgamento clínico, realizado pelo enfermeiro, a partir dos dados recolhidos nas entrevistas, relativos a cada um dos indicadores, permitiu a identificação do diagnóstico de enfermagem numa lógica dicotômica. O juízo clínico “sim” traduz o nível de conhecimentos/habilidades adequados. O juízo clínico “não” traduz a identificação de uma oportunidade de melhoria dos conhecimentos/habilidades, relacionada com o nível de conhecimento insuficiente, incorreto ou ausente para a decisão/ação; ou com a incapacidade, dificuldade,

negligência ou insatisfação na realização de determinada tarefa parental, com consequente prejuízo para a saúde da criança e/ou para a mãe⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O instrumento de recolha de dados foi constituído por duas partes: a primeira, contendo as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil), obstétricas (paridade) e parentais (intenção de amamentar, gravidez planejada, preparação para o parto, preparação para a parentalidade, fontes de informação); e a segunda parte, contendo o conjunto dos 21 indicadores associados à competência parental: promover e vigiar a saúde da criança.

Momento de avaliação	Indicadores	Total de itens
Gravidez (>36sem)	Conhecimento sobre características da eliminação intestinal Conhecimento sobre quando deve ser realizado o teste de Guthrie Conhecimento sobre quando deve ser iniciado o esquema de vacinação	3
1ª-2ª semana após o nascimento	Conhecimento sobre medidas de proteção contra infeções Conhecimento sobre explicação para a perda fisiológica de peso Conhecimento sobre padrão de aumento de peso esperado Conhecimento sobre padrão de eliminação intestinal Conhecimento sobre padrão de sono Conhecimento sobre reações às vacinas Conhecimento sobre coloração icterícia e icterícia Conhecimento sobre como avaliar a temperatura corporal e valor da temperatura corporal normal Conhecimento sobre sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde 1ª-2ª semana	9
1º-2º mês	Conhecimento sobre reações às vacinas Conhecimento sobre sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde 1º-2º mês Habilidade para avaliar temperatura corporal	3
3º-4º mês	Conhecimento sobre quando surgem os primeiros dentes e os sinais que o evidenciam Conhecimento sobre medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes Conhecimento sobre medidas de higiene oral Conhecimento sobre sinais que justifiquem recorrer ao profissional da saúde 3º-4º mês	4
5º-6º mês	Habilidade para adotar medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes Habilidade para adotar medidas de higiene oral	2

Figura 1 - Competência parental: Promover e vigiar a saúde da criança e respetivos indicadores. Matosinhos, Portugal, 2010-2011⁽⁶⁾

Como medida da consistência interna do instrumento com os 21 itens, utilizou-se o coeficiente de *Kuder-Richardson* (KR-20), um caso especial do *Alpha de Cronbach* para variáveis dicotômicas (sim/não). A consistência interna observada neste estudo foi de nível muito bom (KR-20 de 0,88; KR-21 de 0,87).

Para a análise dos dados recorreu-se ao IBM SPSS (versão 19.0), utilizando-se a estatística descritiva e inferencial para análise das variáveis. Para a análise do perfil dos conhecimentos e das habilidades das mães foram computadas variáveis que traduzissem os *scores* médios do nível de conhecimentos e do nível de habilidades, somando as respostas “sim”, que traduziam “conhecimento/habilidade adequado”, e dividir pelo número total de itens a avaliar, cujo resultado variou entre 0 e 1. Os itens ‘não avaliados’/‘não se aplica’ foram excluídos da equação para evitar leituras enviesadas. Assim foram criadas seis novas variáveis: “score total”; “score gravidez” (que incluiu os três indicadores

avaliados durante a gravidez); “score 1ª-2ª semana” (que incluiu os nove indicadores avaliados durante a 1ª-2ª semana); “score 1º-2º mês” (que incluiu os três indicadores avaliados durante o 1º-2º mês); “score 3º-4º mês” (que incluiu os quatro indicadores avaliados durante o 3º-4º mês) e, “score 5º-6º mês” (que incluiu os dois indicadores avaliados durante o 5º-6º mês);

Da análise exploratória da simetria e curtose do *score* total, observou-se assimetria positiva com enviesamento à esquerda e leptocúrtica. Além disso, observou-se distribuição não normal (*Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors*). Assim, optou-se por recorrer a testes estatísticos não paramétricos. Foram analisadas as relações entre os *scores* e as variáveis-atributo com recurso aos testes estatísticos de *Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis*. Quando o *Kruskal-Wallis* indicou diferença significativa ($p < 0,05$), recorreu-se ao teste *U* de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni*

(adequação do p para analisar a significância) para identificar em que grupo a diferença era observada.

Resultados

Participaram no estudo 629 mães, com média de idades de 29,5 anos; 42,0% com formação superior; 32,7% com formação de nível secundário; e 25,3% com formação de nível básico. Para 71,8% das mães, tratava-se do primeiro filho; e 84,3% coabitavam com o pai do filho.

Relativamente às fontes de informação (Tabela 1), observou-se que, durante a gravidez, mais de metade das mães referiu o enfermeiro como fonte de informação, percentagem que se elevou para 75,8% na 1^a-2^a semana pós-natal. Igualmente, a referência ao médico como fonte de informação aumentou de 50,6% no período pré-natal para 59,7% no pós-natal. Nestes dois períodos, as fontes menos frequentemente referidas foram os familiares e outras mães.

Tabela 1 - Fontes de informação referidas pelas mães durante a gravidez e na 1^a-2^a semana pós-natal. Matosinhos, Portugal, 2010-2011

	Pré-natal (Gravidez)	Pós-natal (1 ^a -2 ^a semana)
Enfermeiro	51,1%	75,8%
Médico	50,6%	59,7%
Livros	55,0%	38,6%
Internet	50,8%	37,3%
Familiares	27,6%	23,3%
Outras mães	19,9%	9,3%

Relativamente ao nível dos conhecimentos e das habilidades das mães, observou-se défice em todos os indicadores.

Nos indicadores avaliados durante a gravidez, observou-se que, em todos os indicadores, mais de 50% das mães demonstraram falta de conhecimentos. Constatou-se que 65% das mães não sabia quando deveria ser realizado o teste para diagnóstico precoce de doenças congénitas (*teste de Guthrie*); 62% não sabia quando o esquema de vacinação deveria ser iniciado; e 55% desconhecia as características iniciais da eliminação intestinal.

Nos indicadores avaliados durante a 1^a-2^a semana, constatou-se que mais de 65% das mães demonstraram falta de conhecimentos sobre o padrão esperado do aumento de peso da criança; 64% demonstraram falta de conhecimentos sobre os sinais que justificassem recorrer ao profissional da saúde; e, 62% demonstraram falta de conhecimentos sobre o padrão de sono da criança. Foi observado que mais de 50% das mães demonstraram falta de conhecimentos sobre a perda fisiológica de peso

(53%); e, sobre como avaliar a temperatura corporal (58%). Relativamente à coloração ictérica da pele e os achados normais na pele da criança, metade das mães demonstrou défice (49% e 47%, respetivamente). Aproximadamente 40% das mães demonstraram falta de conhecimentos sobre as reações às vacinas (43%); e, sobre as medidas básicas de proteção contra infeções (41%). Já em relação ao conhecimento sobre o padrão de eliminação intestinal, 31% das mães demonstraram falta de conhecimento.

Os indicadores avaliados durante o 1^o-2^o mês, demonstraram que metade das mães tinha falta de conhecimento sobre os sinais que justificassem recorrer ao profissional de saúde e sobre as reações às vacinas (51% e 49%, respetivamente). Observou-se, ainda, que 39% das mães demonstraram potencial para melhorar as habilidades para avaliar a temperatura corporal na criança.

Nos três indicadores avaliados no 3^o-4^o mês, observou-se falta de conhecimento sobre as medidas de higiene oral da criança para um número significativo de mães (86%). Constatou-se ainda que 64% das mães não demonstraram conhecimento sobre desconforto e medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes; 53% desconhecia os sinais de alerta nesta fase de desenvolvimento; e 39% desconhecia os sinais indicadores da erupção dos dentes.

Já no 5^o-6^o mês, 64% das mães demonstraram potencial para melhorar as habilidades na adoção de medidas de higiene oral e 40% demonstraram potencial para melhorar as habilidades na adoção de medidas de alívio do desconforto causado pela erupção dos dentes.

Na análise dos *scores* ao nível dos conhecimentos e das habilidades nos diversos momentos em que foram avaliados e o *score* total (Tabela 2), observou-se que a média vai decrescendo ao longo do tempo. Recorde-se que os valores da equação variam entre o mínimo de 0 e o máximo de 1.

Tabela 2 - *Scores* médios dos conhecimentos/habilidades no momento da avaliação. Matosinhos, Portugal, 2010-2011

Score (ítems)	Média (DP)
Gravidez (3 ítems)	0,358 (0,38)
1 ^a -2 ^a semana (9 ítems)	0,157 (0,27)
1 ^o -2 ^o mês (3 ítems)	0,130 (0,30)
3 ^o -4 ^o mês (4 ítems)	0,085 (0,22)
5 ^o -6 ^o mês (2 ítems)	0,084 (0,24)

O *score* mais elevado é observado durante a gravidez ($M=0,36$; $DP=0,38$). O menor valor da média observado foi ao nível dos conhecimentos ao 3^o-4^o e 5^o-6^o meses com um *score* de 0,085 e 0,084, respetivamente.

Para conhecer o perfil das mães mais bem preparadas, analisou-se a diferença ao nível dos conhecimentos/habilidades em função das variáveis-atributo (Figura 2).

Durante a gravidez, observou-se que as mães que demonstraram maior nível de conhecimentos foram as que já tinham outros filhos ($U=28465$; $p<0,001$) e as que coabitavam com o pai da criança ($U=19735$; $p<0,001$). Também foram as mães que demonstraram maior nível de conhecimentos as que previam ser as próprias a cuidar do filho nos primeiros tempos pós-natal ($U=8859$; $p<0,001$); as que manifestaram intenção de amamentar o filho ($U=25517$; $p<0,001$); e as que referiram os enfermeiros e os médicos como fontes de informação durante a gravidez ($U=41176$; $p<0,001$ e $U=42520$; $p=0,004$, respetivamente).

No período pós-natal, observou-se que as mães que demonstraram maior nível de conhecimentos haviam frequentado a preparação para a parentalidade durante a gravidez; e as que tinham intenção de amamentar o filho. Quanto às fontes de informação usadas após o nascimento do filho, constatou-se que as mães que demonstraram maior nível de conhecimentos e habilidades foram as que referiram o enfermeiro na 1^a-2^a semana, 3^o-4^o mês e 5^o-6^o mês ($U=3488,0$, $p=0,001$; $U=3999$, $p=0,011$; $U=3332$, $p=0,045$, respetivamente). Já ao 1^o-2^o mês, as mães que referiram o médico e a internet como fontes de informação foram as que demonstraram maior nível de conhecimentos ($U=4903$; $p=0,010$ e $U=48500$; $p=0,015$, respetivamente).

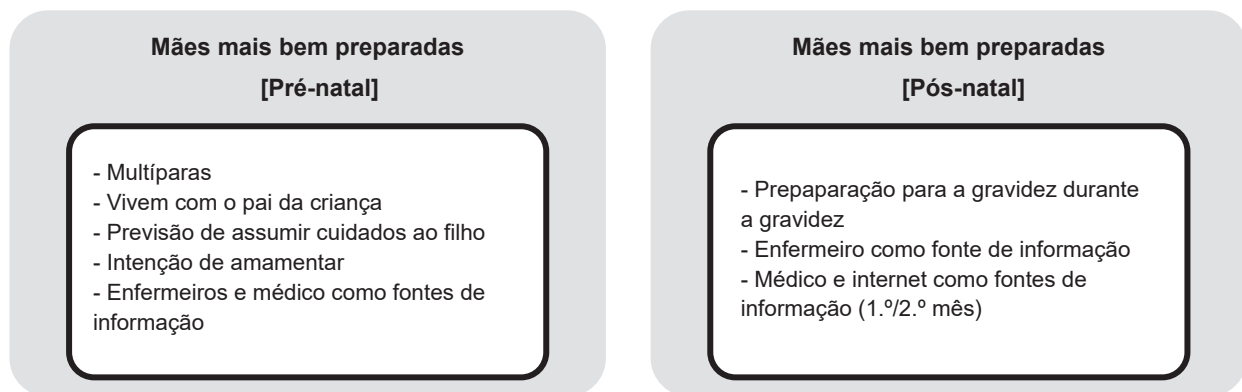


Figura 2 - Síntese do perfil das mães mais bem preparadas ao nível da competência parental: promover e vigiar a saúde da criança. Matosinhos, Portugal, 2010-2011

Discussão

Os cuidados à criança são, na sua maioria, da responsabilidade da mãe^(9,15). Por isso, os conhecimentos e as habilidades da mãe relativas à saúde do filho influenciam a qualidade dos cuidados.

No presente estudo observou-se que as multiparas e as que coabitam com o pai do filho demonstraram maior nível de conhecimentos e habilidades para promover e vigiar a saúde do filho. Estes achados vão ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos que verificaram que as mães pela primeira vez têm maior probabilidade de ter baixo nível de conhecimento (*poor knowledge*) sobre desenvolvimento infantil⁽⁷⁻⁸⁾. Num outro estudo, não foi verificada diferença entre o nível de conhecimento das mães sobre a saúde da criança e o nível de escolaridade e o número de filhos⁽¹⁵⁾. Achado diferente foi observado noutro estudo, no qual foi verificado que o baixo nível de escolaridade aumentava a probabilidade das mães demonstrarem nível insuficiente de conhecimento sobre icterícia no recém-nascido⁽¹⁶⁾.

No estudo atual não se registaram diferenças ao nível dos *scores* dos conhecimentos e/ou habilidades nos diversos momentos em função da idade ou da escolaridade. Todavia, outros estudos verificaram que níveis mais elevados de conhecimento das mães sobre o diagnóstico neonatal precoce estavam associados com níveis mais elevados de escolaridade⁽¹⁷⁾. Outros autores observaram que um maior nível de escolaridade estava associado a maiores *scores* ao nível dos conhecimentos sobre sinais de alerta, tratar do coto umbilical e avaliar e interpretar a temperatura corporal do neonato⁽⁸⁾. Num estudo realizado em 2005, verificou-se que o nível de escolaridade da mãe constituía um forte preditor do nível de conhecimento, sendo que quanto maior o nível de escolaridade maior o nível de conhecimento⁽⁵⁾.

O enfermeiro e o médico constituíram as fontes de informação mais frequentemente referidas e as que influenciaram o nível de conhecimentos e de habilidades das mães, tanto no período pré como pós-natal. Este achado é sobreponível a outros estudos realizados na Europa. Num estudo italiano foi verificado que 42%

das mães referiram o pediatra como principal fonte de informação sobre aspectos relacionados com as vacinas⁽¹⁸⁾. Já num estudo realizado num país do Oriente Médio foi observado que a principal fonte de informação (80%) foram os membros da família (avós, mães, irmãs, etc.) enquanto apenas 7,1% referiram os profissionais da saúde⁽¹⁵⁾. Estes resultados ajudam a clarificar a dimensão cultural de quem são os significativos das mães para efeitos da obtenção da informação sobre os cuidados de saúde do filho.

Conhecimentos sobre teste de Guthrie

No presente estudo observou-se que mais de 60% das mães, ainda durante a gravidez, não demonstraram conhecimento sobre aspectos básicos relativos à saúde da criança, nomeadamente sobre o teste de *Guthrie* e à vacinação. Num estudo em que se procurou investigar o conhecimento das mães quanto ao teste de *Guthrie*, numa amostra de 110 puérperas brasileiras, foi observado que 97% já tinha ouvido falar sobre o teste, mas desconheciam a sua finalidade e importância⁽¹⁹⁾.

Conhecimentos sobre vacinação

Em relação à vacinação, no estudo atual, além de não conhecerem quando tem início o esquema de vacinação, mais de 40% das mães desconhecia as reações esperadas às vacinas. Este achado é sobreponível aos resultados de outros estudos. Num estudo cujo objetivo foi avaliar os conhecimentos das mães brasileiras (N=65) durante a gravidez sobre a saúde da criança, foi verificado que apenas 29,3% delas conhecia quando iniciar a vacinação; e que nenhuma sabia quais as vacinas que seriam administradas⁽²⁰⁾. Num outro estudo, verificou-se que, apesar de uma proporção considerável de mães (N=223) demonstrar conhecimento sobre a reação à vacina da BCG, apenas um pouco mais de metade (51,3%) sabia que a BCG é administrada para proteger a criança da tuberculose⁽⁷⁾. Também num estudo cujo objetivo era avaliar as necessidades de informação e os comportamentos de procura de informação das mães relacionados com a vacinação (tendo, para o efeito N=30; 15 com um filho e 15 com dois ou mais filhos), verificou-se que somente quatro mães (duas com um filho e duas com mais do que dois filhos) conheciam o nome e o propósito da vacina administrada ao filho⁽³⁾. Num outro estudo foi observado que apenas 26% das mães italianas que participaram no estudo conhecia as vacinas que integravam o esquema de vacinação⁽¹⁸⁾.

Conhecimento sobre sinais de alerta

No estudo atual, mais de metade das mães demonstrou falta de conhecimento para reconhecer os sinais de alerta e saber quando recorrer aos serviços de saúde nos diversos momentos. Num estudo foi observado que as mães possuíam um nível satisfatório de conhecimentos sobre os sinais de alerta no filho recém-nascido nos primeiros meses de idade⁽⁷⁾.

Reconhecer os sinais de alerta pode ser complexo dado o espectro alargado de normalidade nos padrões de saúde da criança. Num estudo cujo objetivo foi avaliar o conhecimento das mães sobre aspectos relacionados com a saúde da criança, no qual participaram 373 mães, observou-se que metade das mesmas não tinha consciência que um recém-nascido que "só dorme e não se alimenta" pode estar doente e necessitar de observação urgente; ainda neste estudo, foi observado que um quarto das mães não demonstraram reconhecer que quando a criança "chora continuamente, não dorme e manifesta dor à mobilização" constituem sinais de alerta e que requer atenção imediata⁽¹⁵⁾.

Dos resultados obtidos no presente estudo, observou-se que metade das mães (49%) demonstraram falta de conhecimentos sobre o significado da coloração amarela da pele e a icterícia. Resultados similares foram obtidos noutros estudos. No estudo, cujo propósito foi avaliar o conhecimento das mães sobre a icterícia neonatal, no qual participaram 161 mães, os autores verificaram que 53,6% das mães demonstraram nível de conhecimento insuficiente⁽¹⁶⁾. Também outros autores, que desenvolveram um estudo cujo propósito foi determinar o conhecimento, a atitude e o comportamento das mães (N=396) seis semanas pós-parto relativamente à icterícia neonatal, verificaram que 53% das mães (N=203) demonstraram baixo nível de conhecimento sobre icterícia neonatal⁽²¹⁾. Já noutro estudo é assinalada preocupação com o fato de a maioria das mães acreditar que a icterícia no primeiro dia de vida do recém-nascido constituía um achado normal e não requeria mais do que refeições mais frequentes e exposição à luz solar⁽¹⁵⁾.

Conhecimento sobre temperatura corporal

Número considerável de mães demonstrou falta de conhecimentos (58%, na **1^o-2^a semana**) e habilidades (39% no **1^o-2^o mês**) sobre a avaliação e a interpretação da temperatura corporal. Este achado é sobreponível aos resultados obtidos por outros autores que, a partir de uma revisão da literatura em torno do conhecimento, atitudes e práticas das mães e dos pais face à febre na criança, confirmaram que o conhecimento das mães sobre os valores normais ou febris da temperatura

corporal é fraco (*'poor'*)⁽²²⁾. Num outro estudo foi observado que 35,1% das mães acreditavam que a febre traduzia uma doença grave⁽¹⁵⁾.

Conhecimento sobre peso do recém-nascido

A perda ou o não aumento de peso do recém-nascido constitui uma fonte de dúvidas para as mães, particularmente se amamentam. De fato, no estudo atual mais de metade das mães demonstrou déficit sobre o padrão esperado de aumento de peso (65%) e sobre a perda fisiológica de peso (50%). Esta preocupação tem fundamento na medida em que a mama não é "transparente" – para permitir visualizar a quantidade de leite que a criança está a ingerir em cada mamada – e o peso é o melhor indicador nutricional no primeiro ano de vida⁽²³⁾.

No atual estudo observou-se que mais de 60% das mães desconhecia o padrão de sono da criança. Resultados semelhantes também foram observados por outra autora que procurou avaliar o conhecimento das mães em relação ao desenvolvimento infantil, num estudo que envolveu 203 mães, tendo verificado que o assunto em que as mães demonstraram maior falta de conhecimento foi relativo ao padrão de sono da criança⁽⁵⁾.

Conhecimento sobre saúde oral

As mães também demonstraram déficit nos conhecimentos e nas habilidades relacionados com a saúde oral da criança. Todavia, assegurar a higiene bucal da criança deverá se tornar uma rotina nos comportamentos parentais, mesmo antes da erupção dos primeiros dentes⁽²⁰⁾. Num estudo cujo propósito foi avaliar o conhecimento das mães brasileiras de crianças de 0 aos 4 anos de idade, sobre as medidas preventivas para promoção de saúde bucal de seus filhos, verificou que apenas 21% das mães iniciou a higiene oral antes da erupção dos dentes e que a fralda ou gaze umedecida foi o meio de higiene bucal mais utilizado (59%)⁽²⁴⁾.

No que concerne aos *scores* no conjunto de conhecimentos e de habilidades, observou-se que mais de metade das mães demonstrou potencial para melhorar, na medida em que foram observados *scores* baixos – nível de fraco e de razoável.

Num outro estudo, usando um formulário com o máximo *score* de 40, estabeleceu-se um *cut-off* de 25, observando-se que 58,4% das mães demonstraram nível satisfatório nos conhecimentos sobre saúde da criança. Todavia, o autor refere que, se o ponto de corte fosse de 30, apenas 12% das mães apresentaria nível satisfatório nos conhecimentos⁽¹⁵⁾. Também noutro estudo foi observado que 65% das mães responderam corretamente a todas as questões do questionário sobre desenvolvimento infantil⁽⁵⁾.

As mães que participaram no estudo demonstraram maior nível de conhecimentos nos indicadores avaliados durante a gravidez, observando-se um decréscimo gradual nos *scores* médios nos momentos consecutivos. Este achado pode ser explicado pelo fato de existir uma procura intencional de informação e maior probabilidade de contacto com os profissionais da saúde durante a gravidez, algo menos frequente e sistemático nos momentos subsequentes. Esta ideia é, de algum modo, descrita por outros autores quando referem que após o nascimento as mães e as crianças competem na atenção dos profissionais da saúde⁽²⁵⁾.

O estudo demonstrou limitações quanto à amostra. A amostra foi de conveniência o que determina que os resultados não podem ser extrapolados para outras populações. Outra limitação do estudo guarda relação com a definição dos critérios de diagnóstico. Apesar de os peritos na área do conhecimento (docentes e enfermeiros) terem validado os critérios de diagnóstico usados para aferir a conclusão clínica relativa à falta, ou não, de conhecimento/habilidade da mãe, a sistematização dos diagnósticos de enfermagem é uma área que carece de mais estudos.

Conclusão

O estudo identifica lacunas das mães no âmbito dos conhecimentos e habilidades relativos à promoção e vigilância da saúde da criança nos primeiros seis meses de idade.

Dos resultados destacam-se as áreas em que as mães demonstram maior falta de conhecimentos ou de habilidades. Nos parâmetros avaliados durante a gravidez, os tópicos em que as mães demonstram déficit relacionam-se com o teste de *Guthrie* e a vacinação. Já na 1ª-2ª semana, o maior déficit é observado nos aspetos relacionados com o aumento de peso, os sinais de alerta e o padrão de sono. No 1º-2º mês, destaca-se o desconhecimento sobre os sinais de alerta. No 3º-4º mês destaca-se a falta de conhecimentos sobre a higiene oral e sobre como aliviar o desconforto provocado pela erupção dos dentes. Ao 5º-6º mês, a habilidade para proceder à higiene oral emerge como o aspecto em que a maior parte das mães demonstra dificuldade.

As mães mais bem preparadas apresentam maior nível de escolaridade; já tinham outros filhos; coabitam com o pai da criança; e, referiram o enfermeiro como principal fonte de informação após o nascimento. As mães solteiras, primíparas, cuja gravidez não foi planejada e sem preparação para a parentalidade podem ser consideradas como integrando um grupo vulnerável já que demonstram maior déficit nos conhecimentos e habilidades.

Implicações para a prática

O desenvolvimento das competências parentais é altamente sensível aos cuidados de enfermagem. Os resultados do presente estudo, na medida em que identificam quais os assuntos em que as mães demonstraram falta de conhecimentos, contribuem para a definição de programas de preparação das mães para o exercício do seu papel, nomeadamente no que se refere à promoção e vigilância da saúde do filho, desde a gravidez e até ao sexto mês de idade da criança. Os itens usados na avaliação das necessidades de aprendizagem identificadas podem constituir um ponto de partida para definir os conteúdos das intervenções de enfermagem a incluir no plano de cuidados.

Referências

1. Meleis A, Sawyer L, Im E, Hilfinger Messias D, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. [Internet] 2000 [cited June 12, 2009]; 23(1):12-28. Available from: <http://eres.indproxy.org/edoc/CNDAccel/NUR402/NUR402Meleis-03.pdf>
2. Francisco VL, Pires A, Pingo S, Henriques R, Esteves MA, Valada MJ. A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicol*. [Internet]. 2007; [Acesso 10 out 2010]; 2(25):229-39. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/442>. doi: 10.14417/ap.442
3. Baker LM, Wilson FL, Nordstrom CK, Legwand C. mothers' knowledge and information needs relating to childhood immunizations. *Issues Compr Pediatr Nurs*. [Internet] 2007 [cited June 13, 2010]; 30(1-2):39-53. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01460860701366666>
4. Prado SR, Fujimori E. Maternal/familiar knowledge in relation to care provided to sick children. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2006 [cited Sept 17, 2013]; 59(4):492-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-716720060004&lng=en&nrm=iso: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400004
5. Reich S. What do mothers know? Maternal knowledge of child development. *Infant Ment Health J*. [Internet] 2005 [cited Oct 14, 2011]; 26(2):143-56. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.20038/abstract>
6. Cardoso A, Paiva e Silva A. Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health: A study on the cultural suitability of ICNP. *Int Nurs Rev*. [Internet] 2010 [cited June 15, 2011]; 57(4):426-34. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2010.00829.x/abstract>
7. Senarath U, Fernando DN, Vimpani G, Rodrigo I. Factors associated with maternal knowledge of newborn care among hospital-delivered mothers in Sri Lanka. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. [Internet] 2007 [cited Sept 16, 2010]; 101:823-30. Available from: <http://trstmh.oxfordjournals.org/content/101/8/823.long>
8. Weiner EA, Billamay S, Partridge JC, Martinez AM. Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. *J Perinatol*. [Internet] 2011 [cited Oct 18, 2010]; 31(2):92-7. Available from: <http://www.nature.com/jp/journal/v31/n2/full/jp2010108a.html>
9. Cardoso A, Paiva e Silva A, Marín, H. Pregnant women's knowledge gaps about breastfeeding in northern Portugal. *Open J Obstet Gynecol*. 2017 [cited Jan 14, 2017]; 7(3). Available from: <https://www.scirp.org/Journal/PaperInformation.aspx?PaperID=74972>
10. Cardoso A. Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais. Saarbücken: Novas Edições Acadêmicas; 2014.
11. Ribas Jr. RC, Bornstein MH. Parenting knowledge: similarities and differences in Brazilian mothers and fathers. *Interam J Psychol*. [Internet] 2005 [cited June 27, 2010]; 39(1):5-12. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28439102>
12. Huang KY, Caughy MO, Genevroc J, Miller T. Maternal knowledge of child development and quality of parenting among white, african-american and hispanic mothers. *J Appl Dev Psychol*. [Internet] 2005 [cited Oct 10, 2010]; 26:149-70. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019339730400142X>
13. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE®. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2016.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem. 3.ª ed. Artmed: Porto Alegre; 2008.
15. Al-Ayed IH. Mothers' knowledge of child health matters: Are we doing enough? *J Family Community Med*. [Internet] 2010 [cited Oct 14, 2011]; 17(1):22-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195075/>
16. Sutcuoglu S, Dursun S, Halicioglu O, Ozturk C, Akman S, Yaprak I et al. Evaluation of maternal knowledge level about neonatal jaundice. *J Matern Fetal Neonat Med*. [Internet] 2012 [cited July 14, 2013]; 25(8):1387-89. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2011.636095>
17. Araia M, Wilson B, Chakraborty P, Gall K, Honeywell C, Milburn J et al. Factors associated with knowledge of and satisfaction with newborn screening education: a survey of mothers. *Genet Med*. [Internet] 2012 [cited Oct 14,

- 2011];14(12):963-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908555/>
18. VonasekBJ, BajunirweF, JacobsonLE, TwesigyeL, Dahm J, Grant MJ, et al. Do maternal knowledge and attitudes towards childhood immunizations in rural Uganda correlate with complete childhood vaccination? PLoS ONE. [Internet] 2016 [cited Oct 17, 2016]; 11(2): e0150131. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150131>.
19. Reichert A. Understanding of mothers as to the importance of the pku test. Rev Bras Enferm. [Internet] 2003 [cited Oct 10, 2010];56(3):226-9.
20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300003
21. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. J Pediatría. [Internet] 2013 [cited Jan 24, 2016]; 89(2). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553613000207>
22. RodrigoB, CoorayG. The knowledge, attitude & behaviour on neonatal jaundice of postnatal mothers in Provincial General Hospital. Sri Lanka J Child Health. [Internet] 2011 [cited Oct 19, 2010];40(4):164-8. Available from: <http://sljch.sljol.info/articles/abstract/10.4038/slch.v40i4.3842/>
23. Walsh AM, Edwards HE. Management of childhood fever by parents: literature review. J Adv Nurs. [Internet] 2006 [cited Oct 14, 2011];54(2):217-27. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03802.x/abstract>
24. World Health Organization. Child Growth Standards. [Internet] 2006 [cited February 2013] Available from: <http://www.who.int/childgrowth/en/>.
25. Zuanon A, Azevedo E, Coldebella C. Eficácia de um programa odontológico educativo aplicado na zona rural de Araraquara (SP). Rev Ciênc Ext. [Internet] 2008 [cited Oct 14, 2012];4(1):113. Available from: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/143183>
26. McCoy D, Storengb K, Filippi V, Borchert M, Campbell OM, Wolfe R, et al. Maternal, neonatal and child health interventions and services: moving from knowledge of what works to systems that deliver. Inter Health. [Internet] 2010 [cited Oct 16, 2012];2:87-98. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876341310000240>

Recebido: 05.04.2017

Aceito: 29.11.2017

Correspondência:
Alexandrina Cardoso
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr António Bernardino de Almeida
Porto, Portugal
alex@esenf.pt

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.